

《内科・問診票》

お名前 () 才 男・女 受診日 年 月 日

ご職業() 身長(cm) 体重(kg) 来院時の体温(°C)

(1) どのような症状で来院されましたか？

発熱 頭痛・のどの痛み 胸の痛み めまい 咳 鼻 悪寒

その他の症状

いつから、どのようにですか？

※おもに辛い症状をご記入下さい ()

食欲 (ある・普通・ない)

睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)

排尿 (普通・昼間も近い・夜間3回以上)

便通 (日 回)

(2) 薬や食べ物などで、じんましんなどのアレルギーが出た事がありますか？○でお答え下さい。

はい () いいえ

(3) 輸血をした事がありますか？

はい いいえ

(4) 今までに大きな病気をした事がありますか？

はい いいえ

★(4)の質問で『はい』に○印を付けた方は、下記もご記入下さい。

いつ頃：

入院 (有・無)

病名：

手術 (有・無)

(5) 現在当院または他院にて治療中の病気がありますか？

はい 病院名 () いいえ

病名 ()

(6) 現在使用している薬はありますか？ はい 薬名 () いいえ

(7) タバコは吸いますか？ はい (1日 本位) いいえ 以前吸っていた (歳)

(8) お酒は飲みますか？ 飲まない 時々飲む 毎日飲む (どのくらい)

(9) 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ (最終月経 年 月 日)

(閉経 歳)

(10) 現在授乳中ですか？ はい いいえ

特に医師に知らせたい事がありましたらご記入下さい。